

Community Boating Center

DADOS DE REGISTRO (OBRIGATÓRIAS) PREENCHA UM FORMULÁRIO POR ALUNO

Nome do(a) aluno(a):	Nome	Sobrenome	(Apelido)	Data de nasc.:	/	/	Nota em set.:	/
Endereço:	Número	Nome da rua	Nº do apartamento	Cidade	Estado	CEP		
Tel. residencial:	E-mail:			Escola:				
Nome do pai/mãe:	Tel. comercial:			Celular:				

DADOS DEMOGRÁFICOS (OPCIONAIS) ESTES DADOS SÃO USADOS SOMENTE PARA ELABORAÇÃO DE AUTORIZAÇÕES E APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS.

Renda familiar anual:

- US\$ 24,999 ou menos
- US\$ 25,000 - 49,999
- US\$ 50,000 - 74,999
- US\$ 75,000 - 99,999
- US\$ 100,000 - 149,999
- US\$ 150,000 - 199,999
- US\$ 200,000 ou mais
- Prefiro não informar

Raça/Etnia:

- Afro-americano(a)
- Caucásiano(a)
- Hispânico/Latino(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiático(a)/Ilhéu do Pacífico
- Multiracial
- Outro(a):

Idiomas falados em casa:

- Inglês
- Crioulo Cabo-Verdiano
- Francês
- Português
- Espanhol
- Outro(a):

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Por meio desta, concedo à *Community Boating Center, Inc.* (CBC) ou cessionários ("Fotógrafo") o direito irrevogável e permissão irrestrita com relação às imagens fotográficas de _____ (nome do(a) aluno(a)) no CBC, em barcos ou docas, ou no qual meu/minha filho(a) possa estar incluído(a), para usar e/ou publicar individualmente ou em conjunto com qualquer material impresso, em toda e qualquer mídia e para qualquer finalidade legal, incluindo, sem limitação, a ilustração, promoção, exibição, publicação, publicidade e comércio. Ademais, eu considero a CBC a única e completa proprietária de tais fotografias. Garanto que tenho o direito de autorizar tais usos e, por meio desta, concordo em isentar a CBC de toda e qualquer responsabilidade a título vitalício.

Assinatura do pai, mãe ou responsável

Nome do pai/mãe ou responsável

Data

DISPENSAS - (OBRIGATÓRIAS) AS DUAS DEVEM SER ASSINADAS ANTES DE REGISTRAR O(A) MENOR NAS AULAS.

Dispensa médica

Como pai ou responsável legal do(a) registrante _____ (nome do(a) aluno(a)), menor de idade, eu autorizo a realização de exames de raio-x, de diagnósticos anestésico, médico ou cirúrgico feitos sob a supervisão geral ou especial de um médico ou dentista licenciado em Massachusetts e a equipe de qualquer clínica geral hospital titular de uma licença atual do Departamento de Saúde Pública do Estado de Massachusetts. Esta autorização é dada antes de qualquer emergência, e de modo a garantir a autoridade para prestar cuidados, que um médico, no exercício de seu melhor discernimento, pode considerar aconselhável. Fica entendido que todos os esforços serão empenhados para entrar em contato com o(a) abaixo-assinado(a) antes de prestar o atendimento médico, porém o tratamento não será impeditido caso ele ou ela não possa ser encontrado(a).

Assinatura do pai/mãe ou responsável

Nome do pai/mãe ou responsável

Data

Acordo de dispensa, autorização e indenização

Eu autorizo _____ a participação de (nome do aluno) no programa da *Community Boating Center, Inc.* Eu reconheço os riscos potenciais do esporte de navegação de barcos à vela, incluindo lesões e perdas e danos, e concordo que meu/minha filho(a) operará as embarcações e equipamentos do *Community Boating Center* por sua própria conta e risco, cumprirá as obrigações de segurança do CBC e concordo em não processar, bem como isentar de responsabilidade e indenizar a *Community Boating Center, Inc.*, seus agentes, diretores e colaboradores de toda e qualquer reclamação de lesão ou perda de pessoa ou propriedade decorrente da operação ou uso que a criança fizer dos barcos e equipamentos do CBC.

Assinatura do(a) responsável ou guardião

Nome do responsável/ Nome impresso do guardião

Data